

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THÈSE

N° 367

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel-Jean-Daniel GAUDEAU

Né le 26 mars 1917, à Naintré (Vienne)

12 JUIN 1944

Présentée et soutenue publiquement le 1944

LES TUMEURS
DU
LIGAMENT ROND

Président : L. BINET, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1944

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **GAUDEAU.**

Prénoms : **Michel-Jean-Daniel.**

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

1

GAUDEAU (Michel-Jean-Daniel). — Les tumeurs du ligament rond. — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1944, in-8°, 28 p.

(*Th. méd. (Et.)*, *Paris*, 1944,
N°.....)

2

GAUDEAU (Jean-Michel-Daniel). — Les tumeurs du ligament rond. — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1944, in-8°, 28 p.

(*Th. méd. (Et.)*, *Paris*, 1944,
N°.....)

3

GAUDEAU (Michel-Jean-Daniel). — Les tumeurs du ligament rond. — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1944, in-8°, 28 p.

(*Th. méd. (Et.)*, *Paris*, 1944,
N°.....)

4

GAUDEAU (Michel-Jean-Daniel). — Les tumeurs du ligament rond. — *Paris*, Jouve et C^{ie}, édit., 1944, in-8°, 28 p.

(*Th. méd. (Et.)*, *Paris*, 1944,
N°.....)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Michel-Jean-Daniel GAUDEAU

Né le 26 mars 1917, à Naintré (Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le 1944

LES TUMEURS
DU
LIGAMENT ROND

Président : L. BINET, Professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

• 1944

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	GASTINEL.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	N...
Médecine légale	DUVOIR.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LIAN.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	HARVIER.
	PASTEUR-VALLERY-
	RADOT.
	CATHALA.
	Robert DEBRÉ.
	LÉVY-VALENSI.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CADENAT.
	BROCQ.
	QUÉNU.
	MONDOR.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	N...
	N...
	PORTES.
	MOCCUOT.
	LEVEUF.
	LOEPER.
	LEMAITRE.
	SÈNÈQUE.
	M. VILLARET.
	TROISIÈRE.
	MATHIEU.
	DONZELOT.
	Clovis VINCENT.
	N...
	DOGNON.
	GIROUD.
	HAZARD.
	JAYLE.
	JOANNON.
	OLIVIER.
	VERN.
Professeurs sans chaire	

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne.) Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin.) Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA..... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.)... Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN Pathologie médicale.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY ... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN..... Anatomie pathologique.

MM.

LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 VAUDESCAL..... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale
BRULÉ		GATELLIER...	
CHEVALLIER...		de GAUDART	
LAROCHE Guy...		d'ALLAINES	
MOREAU		MOULONGUET	
SÉZARY		MOURE	

MM,	
ECALLE.....	Clinique obstétricale.
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
DECHAUME	Stomatologie.
N.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émis dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA CHÈRE FEMME

*Qui m'a tendrement secondé, je dédie
ces lignes.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE BIEN-AIMÉ

*Qui m'a appris le sens de l'honnêteté et
de l'honneur.*

A MA CHÈRE MÈRE

*Dont le dévouement et l'abnégation
furent exemplaires.*

A MON BEAU-PÈRE, LE DOCTEUR CAZAUX

*Dont les sages et affectueux conseils
m'ont aidé à ma réussite.*

A MA BELLE-MÈRE

*Qui m'a toujours témoigné une grande
bonté.*

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA CHÈRE GRAND-MÈRE, MADAME P. SENTUC

A MON ONCLE, LE PROFESSEUR DANIEL GAUDEAU

*Auprès duquel j'ai trouvé, outre les pré-
cieux conseils et l'exemple de ses qualités
professionnelles un soutien très affectueux.*

AU PROFESSEUR PAUL GUILLAUME-LOUIS

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse :
la lucidité de son enseignement a large-
ment participé à mon instruction clinique :
toute mon affectueuse reconnaissance.*

A MON ONCLE, MAÎTRE HENRI GUIBERT

A MON ONCLE, LE DOCTEUR RENÉ CULLERRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE LE PROCUREUR J. LIMOUZINEAU

AU DOCTEUR ETIENNE PERIVIER, MON COUSIN

A MES ONCLES, TANTES, NEVEUX

ET COUSINS

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BINET

Membre de l'Institut et de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
de présider cette thèse. Hommage respec-
tueux et reconnaissant.*

A MESSIEURS LES PROFESSEURS HUC, FROMENTY
DENOYELLE, DESBUQUOIS

*Dont nous avons le bonheur d'être l'in-
terne. Qu'ils acceptent notre respectueuse
gratitude.*

A TOUS MES MAITRES DE L'ÉCOLE
DE PLEIN EXERCICE DE TOURS

AU DOCTEUR MAURICE DELORT

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE PARIS

LES TUMEURS DU LIGAMENT ROND

HISTORIQUE

Les tumeurs du ligament rond ne sont pas d'observation fréquente, et leur étude n'a pas donné lieu à de nombreux travaux, encore que leur diagnostic soulève un problème intéressant.

Ces tumeurs, dans l'ensemble, ont été bien moins étudiées que celles des organes génitaux pelviens.

En 1896, Delbet et Heresco n'avaient pu en rassembler que 16 cas.

Depuis, les observations, tout de même rares, se sont multipliées et il nous a été donné d'en voir deux dans le service de notre maître, le Professeur Guillaume-Louis. Il nous a ainsi paru important de rechercher les caractères de ces tumeurs, d'analyser leurs causes, et leur développement, d'essayer d'élucider leur diagnostic et leur traitement. S'il arrivait à notre travail de présenter quelque intérêt, nous voudrions que le mérite en fut reporté à ceux qui nous ont initié à la médecine à ceux qui nous ont appris à comprendre la grandeur de notre art, c'est-à-dire à nos maîtres de l'Ecole de plein exercice de Tours et de la Faculté de médecine de Paris.

ÉTIOLOGIE

Quelles sont les causes qui sont le point de départ de ces tumeurs ? Elles sont assez obscures ; mais la description suivante de la constitution normale anatomique du ligament rond nous aidera à comprendre les variétés anatomo-pathologiques, et par suite cliniques de ces tumeurs.

Les deux ligaments ronds, appelés par Farabeuf « inguino-pubiens » partent des angles latéraux du fond du corps utérin (angles supéro-externes), à proximité du point de départ des trompes, et se dirigent, à travers les éléments de la cavité pelvienne vers le canal inguinal où ils s'engagent sur toute sa longueur pour aller se terminer en plusieurs faisceaux souvent malaisés à suivre à partir de la partie moyenne du canal inguinal chez les femmes âgées.

Chez les femmes jeunes, au contraire, et ce sont les cas qui nous occupent, le ligament rond chemine entre les deux piliers du canal inguinal, accompagné de part et d'autre par les veines spermatiques externes, recouvert par un tissu celluleux constituant une mince lamelle qui vient s'insérer au pourtour de l'anneau inguinal.

Le ligament, à ce niveau est séparé par cette lamelle celluleuse du nerf spermatique externe.

Mais, la plupart du temps, le ligament rond, se divise, dès son entrée dans le canal inguinal, en plusieurs faisceaux : les uns vont s'accoler aux parois fibreuses du canal, d'autres vont s'insérer et renforcer le ligament de Colles, d'autres enfin vont à la racine de la grande lèvre parmi le tissu cellulo-graisseux. D'aucuns signalent quelques faisceaux s'insérant sur le pubis, la symphyse pubienne et l'aponévrose pectinée.

Si nous considérons la structure normale d'un ligament rond, nous trouvons :

Un axe vasculaire constitué par l'artère du ligament rond, branche elle-même de l'artère funiculaire ou spermatique, accompagnée par plusieurs veines en communication avec les veines utérines d'un côté, et celles des grandes lèvres de l'autre.

En outre, signalons des vaisseaux lymphatiques qui accompagnent cet axe vasculaire et qui vont aboutir aux ganglions iliaques et inguinaux externes.

Entourant cet axe vasculaire, nous trouvons une enveloppe fibro-conjonctive, formée de fibres lisses et striées qui prennent leur origine dans la partie superficielle et antérieure du muscle utérin, et qui rappellent par leur structure celle du muscle utérin lui-même.

Ainsi, la structure anatomique nous fait comprendre pourquoi, du point de vue pathologique, nous

aurons à considérer surtout soit des fibro-myomes dans le cas d'atteinte de la gaine fibro-conjonctive, soit des adénomyomes dans le cas d'une atteinte de l'axe conjonctivo-vasculaire.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de ces tumeurs nous montre que les lipomes sont rares.

Les ouvrages publiés jusqu'à ce jour n'en notent que des cas peu nombreux, ce qui s'explique par l'absence quasi-totale de tissu graisseux dans la structure anatomique du ligament rond.

Par contre, les fibromyomes et les fibro-myxomes dont l'examen histologique montre un stroma conjonctif fibrillaire, rappellent en tout point la constitution des fibromes de l'utérus, puisque, comme nous l'avons vu plus haut, la constitution princeps du ligament rond n'est qu'une émanation du muscle utérin lui-même.

Ce sont de beaucoup les plus fréquents.

Les adénomyomes, au contraire, relèvent plutôt de la pathologie de l'axe conjonctivo-vasculaire : M. le Professeur Mocquot dans une importante communication dans la *Pratique médico-chirurgicale* nous en donne les détails suivants :

Les tumeurs des ligaments ronds sont rares. On a cité quelques lipomes développés soit dans la portion superficielle soit dans la portion abdominale du ligament rond : mais deux variétés de tumeurs mé-

ritent de retenir un instant l'attention : les fibromyomes et les adénomyomes.

Fibromes ou fibromyomes du ligament rond.

Ce sont des tumeurs tout à fait semblables aux fibromyomes de l'utérus avec lesquels ils coexistent quelquefois. En général peu volumineux, ils peuvent cependant atteindre des dimensions considérables. Tantôt ils se développent dans la portion pariétale et superficielle du ligament rond et font saillie sous la peau, tantôt ils se développent dans l'abdomen. Parfois ils se développent dans les deux sens et présentent un étranglement dans le trajet pariétal.

Ils peuvent, comme les fibromyomes de l'utérus, subir des dégénérescences calcaire, lymphangiectasique, œdémateuse, sarcomateuse.

Les fibromes superficiels du ligament rond font relief dans la région inguinale et dans la grande lèvre : ce sont des tumeurs régulières lisses, dures, parfois réductibles en partie dans le canal inguinal qu'il faut s'efforcer de distinguer des tumeurs de la région (hernies irréductibles, kystes du canal de Nüce, etc...).

Les fibromes de la région pelvienne n'ont pas de signes particuliers en dehors de leur siège : le fait qu'ils sont séparés de l'utérus permet de les distinguer des fibromes de la matrice ; mais il est plus difficile de ne pas les confondre avec une tumeur annexielle. Ces tumeurs sont justiciables de l'extirpation chirurgicale très simple s'il s'agit de fibromes

superficiels, comportant une laparotomie s'il s'agit de fibromes pelviens.

Les adénomyomes.

On trouve quelquefois dans le ligament rond des tumeurs qui présentent l'aspect extérieur des fibromyomes, mais contiennent au milieu des éléments fibro-musculaires des îlots épithéliaux, de petites cavités d'apparence glandulaire avec un épithélium cylindrique et un chorion tout à fait analogue à la couche cytogène de l'utérus.

Ces adénomyomes comme tous ceux que l'on rencontre dans les diverses parties de l'appareil génital féminin ont soulevé d'importantes discussions pathogéniques ; on tend à les considérer comme des tumeurs mixtes d'origine embryonnaire se formant aux dépens des vestiges du canal de Wolff et du canal de Gärtner.

Leurs symptômes sont analogues à ceux des fibromyomes, mais plus intenses, ils ne rétrocedent pas à la ménopause. Ils provoquent souvent des douleurs assez vives, surtout au moment des règles et deviennent parfois le siège d'hémorragies.

Ils doivent être extirpés comme les fibromes (*Pratique médico-chirurgicale*, Professeur Pierre Mocquot, t. V, pp. 314-315).

OBSERVATIONS

Observation n° 1.

La malade que nous avons eu l'occasion d'examiner dans le Service était âgée de 34 ans ; exerçant la profession de cultivatrice ; est entrée dans le Service le 3 février 1944 sur les conseils de son médecin pour une tuméfaction apparue à la région inguinale droite et gêne fonctionnelle de la marche.

La malade racontait que, depuis quelques mois, elle avait une sensation de « pesanteur » à la racine de la cuisse droite, s'accompagnant de douleur sourde dans la région inguinale droite après de lourds travaux, douleur sans irradiation, à localisation vague, calmée par le repos et la station allongée.

Parmi les antécédents personnels, héréditaires et collatéraux de cette malade, rien à signaler. Le passé génital de la malade est normal.

La malade avait remarqué cependant qu'au niveau de sa grande lèvre droite ; une tuméfaction ovoïde, oblongue, même « en fuseau » avait augmenté progressivement, lentement et insidieusement depuis plusieurs mois.

Elle n'y prêta pas attention au début, mais une gêne

à la marche et une pesanteur inguinale amenèrent la malade dans le service.

A l'examen, lorsque nous découvrons cette malade couchée, nous sommes frappés par une tuméfaction oblongue, allongée, sans modification concomitante, de la couleur des téguments, occupant toute la région de la grande lèvre droite qui surplombe ainsi soulevée par la tuméfaction la grande lèvre gauche.

La palpation nous précise qu'il s'agit là d'une tumeur dure, ovoïde, de la grosseur d'un œuf de poule, située dans le trajet du canal inguinal et tout à fait pariétale et superficielle.

La tumeur est de consistance dure, rénitente, mobile sur les plans superficiels, non adhérente aux plans profonds, et, fait important, à contours bien limités et sous aucun pédicule la rattachant aux plans profonds.

De plus, cette tumeur ne présente aucune impulsion à la toux, est irréductible, non douloureuse.

Elle s'accompagne d'une légère augmentation de volume des ganglions inguinaux externes.

Le toucher vaginal ne dénote aucune anomalie du point de vue génital.

L'examen systématique des autres appareils (circulatoire, respiratoire, nerveux) se révèle négatif. Le foie et la rate sont normaux.

L'état général de la malade est relativement bien conservé : pas d'anorexie, pas d'inappétence ; la fonction digestive est normale, les urines normales en qualité et en quantité, le pouls régulier est bien

frappé à 84, la tension à 14-8 au Vaquez. La malade n'a point constaté d'amaigrissement et son poids est resté stationnaire.

En présence de ces signes, tuméfaction dure avec réaction légère ganglionnaire inguinale droite, ayant augmentée lentement de volume, ne présentant ni impulsion à la toux, ni pédicule d'implantation, nous concluons, étant donné par surcroît la situation dans le trajet du canal inguinal où chemine les faisceaux du ligament rond, nous concluons donc à un *fibrome du ligament rond (forme pariétale)* sans préjuger de la nature histologique de cette tumeur.

L'intervention pratiquée le 24 février 1944 par le Professeur Paul Guillaume-Louis nous met en présence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule sans adhérence faisant partie du ligament rond, mais facilement extirpable des éléments du canal inguinal. Le protocole opératoire est simple. Après dissociation des éléments du canal inguinal, fermeture sans drainage.

Macroscopiquement et à la coupe au bistouri, cette tumeur rappelle en tout point l'aspect d'un *fibromyome de l'utérus*.

L'examen pratiqué par le Professeur Antoine Vialle a donné les renseignements suivants, renseignements que notre Maître a eu la bonté de nous communiquer :

« La tumeur examinée donne sur coupes l'aspect d'un fibro-myxome caractérisé par un stroma conjonctif fibrillaire avec zones d'œdème et de cellules étoilées. On note des formations d'aspect kystique

encapsulées par une zone de condensation conjonctive, sans organisation cellulaire. Le contenu est formé d'une substance anhiste et éosinophile. Il n'existe pas d'atypies cellulaires pouvant faire penser à une tumeur maligne. »

Nous avons eu l'occasion d'examiner dans le Service du Professeur Guillaume-Louis une seconde malade dont voici l'histoire :

Observation n° 2.

Mme Le C..., 38 ans, entre à l'Hôpital Bretonneau de Tours (Service du Professeur Guillaume-Louis) pour une tuméfaction qu'elle présente dans la région inguinale droite.

Cette tuméfaction est apparue il y a une dizaine d'années, insidieusement, et s'est développée sans entraîner de gros troubles fonctionnels sinon une certaine gêne à la marche. Ce n'est qu'à cause du volume de cette tuméfaction que la malade s'est décidée à consulter son médecin traitant, le Dr Bodet, et c'est dans ces conditions qu'elle est adressée au service de l'Hôpital.

Les antécédents personnels et héréditaires ne révèlent rien de particulièrement intéressant. Elle a eu quelques bronchites saisonnières, mais a toujours eu une santé excellente. Chez ses parents et ses collatéraux, on note simplement l'existence de hernies, ce

qui a laissé croire à la malade qu'elle-même avait une lésion semblable.

Examen actuel. — A la région inguinale droite, il existe une tuméfaction : celle-ci est indolore, et jusqu'à ces jours derniers elle disparaissait dans le canal inguinal, quand Mme Le C... était couchée.

Ce n'est que depuis une dizaine de jours qu'elle est devenue irréductible et douloureuse surtout à la pression. Ainsi, elle gêne la marche et la station debout prolongée.

A l'examen objectif, on voit à l'orifice inguinal superficiel une grosseur du volume d'un œuf de poule. Cette grosseur apparaît lisse et sans altération de la peau, elle est uniformément dure et résistante aux doigts. Elle ne présente aucune adhérence avec les tissus voisins ; elle n'est pas réductible dans la cavité abdominale et, fait important, elle ne présente aucun pédicule la rattachant à l'abdomen.

Il ne s'agit donc pas d'une hernie même irréductible : on porte le diagnostic de fibrome du ligament rond, et on décide d'intervenir pour enlever la tumeur.

Opération. — Incision le long du trajet inguinal. Ablation d'une tumeur dure développée aux dépens du ligament rond qui est sectionné. La tumeur ne présentait aucune adhérence.

Les suites opératoires ont été, simples, et le 12^e jour la malade, guérie, quittait l'hôpital.

Examen anatomo-pathologique. — La tumeur donne sur coupes l'aspect d'un fibrome œdémateux simple sans dégénérescence, ni atypies cellulaires.

ÉTUDE CLINIQUE

Les deux observations précédentes nous fixent ainsi la symptomatologie des tumeurs du ligament rond.

Ces tumeurs ont donc une période à début lent et insidieux, ne s'accompagnant que de signes fonctionnels si discrets que la malade n'y prête point attention.

La période d'état se caractérise par la symptomatologie décrite plus haut, mais n'oublions pas qu'à côté du fibro-myxome et du fibromyome qui sont les tumeurs les plus fréquentes, il existe des lipomes et des adénomyomes que nous avons signalé au début.

Du point de vue clinique, deux formes suivant le siège de ces tumeurs sur le trajet du ligament rond :

1^o La forme pariétale. Ces tumeurs inguinales sont généralement unilatérales et siègent le plus souvent à droite, indépendantes de la peau. La masse est lisse ou légèrement lobulée, de consistance ligneuse ; le volume n'est pas considérable ; cependant, Polaillon (*Gazette médicale de Paris*, 92) a observé un fibrome du volume d'une tête d'enfant. Petite en général, de la grosseur d'un œuf de poule, la tumeur est indolente ; la toux et les efforts n'exercent aucune influence sur elle ;

2^o Dans la forme intra-pelvienne, les tumeurs sont aussi unilatérales. Il n'existe que deux observations de fibromes bilatéraux, celle de Winckel et celle de Amann. La forme en est habituellement ovulaire, lisse, parfois bosselée. La tumeur se développe au niveau du bord supérieur du ligament rond et a tendance à s'élever dans l'abdomen.

Ces fibromes évoluent comme des tumeurs pelviennes et seront, le plus souvent, des trouvailles opératoires.

Malheureusement, elles peuvent aboutir à la dégénérescence sarcomaléine.

Il est vrai que cette dégénérescence est rare et à longue échéance : elle ne s'observera surtout que dans la forme intra-pelvienne où la tumeur peut rester inaperçue tandis que dans la forme pariétale la malade est plus encline à consulter.

PRONOSTIC

Le pronostic est évidemment bénin d'autant plus que la seule complication et la dégénérescence à longue échéance qui n'existe point après intervention précoce : on n'observe d'ailleurs pas de récidives, et, bien que situés sur le trajet du ligament rond suspenseur de l'utérus, ces tumeurs n'entraînent point de perturbation dans la statique de l'utérus pas plus que de troubles fonctionnels génitaux. Leur peu de volume d'une part qui n'excède point un œuf de poul ou une orange, et la non atteinte du ligament rond dans sa structure intime en sont les véritables causes.

LE DIAGNOSTIC

Le problème du diagnostic différentiel se pose dans la forme pariétale uniquement avec la hernie inguinale chez la femme qui siège au niveau de la grande lèvre, mais l'absence de pédicule d'implantation, sa dureté élastique, le manque d'impulsion à la toux et la symptomatologie caractéristique nous fait écarter ce diagnostic.

Dans la forme intra-pelvienne au contraire, le diagnostic différentiel est plus délicat, et c'est bien souvent à la laparotomie qu'il sera fait.

C'est une tumeur dure, de la grosseur d'un œuf ou plus, para-utérine et au toucher, on sent très nettement un sillon qui sépare cette tumeur qui n'est pas mobilisable en masse avec l'utérus, qui ne fait pas corps avec elle, mais qui en est nettement séparée.

Le premier diagnostic différentiel qui se pose est avec le kyste de l'ovaire à son temps pelvien, mais les signes fonctionnels (troubles menstruels caractérisés par dysménorrhée, règles rares et irrégulières) accompagnés souvent de troubles de compression par la suite de douleurs pelviennes, de troubles vésicaux, se manifestant par une pollakiurie constante ou encore

troubles rectaux, à un stade plus avancé, viendraient troubler le diagnostic. Ce sera surtout par les signes fonctionnels que l'on fera le départ entre les deux diagnostics.

La différenciation est plus délicate avec les tumeurs solides de l'ovaire, c'est la même consistance, la même situation para-utérine et ici le diagnostic est à peu près impossible.

De même en présence d'un kyste du ligament large, nous pourrions être embarrassés, et ce sont à notre avis, les deux diagnostics les plus délicats.

Une grossesse ectopique au début pourrait retenir l'attention. Mais les signes de grossesse viendraient trancher la question.

En résumé, reconnaître une tumeur intra-pelvienne du ligament rond est à peu près impossible, d'autant plus difficile que les renseignements fournis par le toucher vaginal qui est la pierre de touche du diagnostic, permettent seulement de penser à une tumeur latéro-utérine non mobilisable en masse avec l'utérus.

Dans ces conditions, on songe beaucoup plus à une lésion annexielle relativement fréquente qu'à une tumeur du ligament rond.

Peu importe d'ailleurs, le traitement est le même, c'est l'opération chirurgicale.

LE TRAITEMENT

Le traitement des tumeurs du ligament rond est essentiellement chirurgical, quelle que soit la forme, quelle que soit la situation de ces tumeurs.

C'est la seule thérapeutique rationnelle, car d'une part, il faut enlever ces néoplasmes qui sont gênants, même bénins ; d'autre part, il y a toujours lieu de craindre une dégénérescence maligne.

Dans les tumeurs situées dans le trajet inguinal, c'est l'incision le long du canal qu'il faut faire. La tumeur est facilement saisie et isolée. Elle est énucléée après section du ligament rond.

C'est une opération simple, ne présentant aucune difficulté de technique. D'habitude, les suites opératoires sont simples et ne présentent aucun incident.

Les tumeurs intra-pelviennes sont abordées par laparotomie et le plus souvent sont, nous l'avons dit des trouvailles. Si elles sont unilatérales, elles doivent être soigneusement isolées et enlevées sans toucher aux annexes et à l'utérus. On doit avoir soin de refaire après la suspension utérine, mais souvent ces fibromes du ligament rond s'accompagnent d'un utérus fibreux.

En ce cas, il serait indiqué de pratiquer une hystérectomie en conservant au besoin un ovaire.

Ici encore, en tout état de cause, l'intervention ne présente pas grande difficulté et les suites opératoires doivent être simples.

CONCLUSIONS

I. — Les tumeurs du ligament rond sont rares et celles qu'on observe surtout sont des fibromes.

II. — La constitution anatomique du ligament rond explique le développement pathologique des fibromes, sans d'ailleurs qu'aucune autre notion étiologique explique l'apparition de ces tumeurs.

III. — Ces tumeurs sont le plus souvent unilatérales et siègent à droite. Cliniquement, elles apparaissent soit dans le segment intra-pelvien du ligament rond, soit dans le segment inguinal du ligament. Elles ne se traduisent pas par de grands troubles fonctionnels.

IV. — Les tumeurs pariétales sont faciles à reconnaître. Il n'en est pas de même des tumeurs intra-pelviennes qui sont généralement des trouvailles opératoires.

V. — Le traitement est essentiellement chirurgical.

Vu : le Président de la thèse,
L. BINET.

Vu : le Doyen,
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Gilbert GIDEL.

BIBLIOGRAPHIE

Nous devons une grande partie de cette bibliographie au Service des Fichiers du *Monde médical* que nous remercions vivement.

AMAN-JEAN (F.). — Fibromyome du ligament rond. *Ann. d'Anath. path.*, avril 1930.

BARBET (V.). — Tumeur du ligament rond. *Paris clin.*, 20, 62, mars-avril 1928.

BBÉHANT. — Volumineux fibromyome du ligament rond droit. *Presse médicale*, 3 octobre 1942.

KLEFF (G.). — Ueber ein Fibromyome des Lig-rohindenn, mit allgemeinen Erörterungen über die primären Tumoren dieses Ligaments. *Zentralbl., f. Gynäk*, 63, 795-797, 30 mars 1929.

LEHMANN. — Fibromyome à pédicule tordu du ligament rond. *Leipzig An.*, 63, n° 45, 11 novembre 1939.

ARENAS. — Fibromo du ligament rond. *Prensa Medica Argentina*. n° 4, 25 janv. 1933.

PETIT (J.). — Fibrome intra-péritonéal du ligament rond gauche. *Soc. de Chir.* du 14 mai 1932, p. 736-738.

VOTTA (E. A.). — Fibromatosio del ligamento rondo. *Revue de Cir. de Buenos-Aires*, 12, 401-414, juin 1933.

